

มูลนิธิรามาธิบดี

ในพระราชูปถัมภ์
สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี



ร่วมบริจาคเงินสร้าง
สถาบันการแพทย์จักรีนฤบดินทร์..

ท่านสามารถเป็นผู้**ให้**...

ให้...การศึกษา

ให้...การรักษา

ให้...ชีวิต

เพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย



270 ถนนพระรามที่ 6
แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ 10400

สอบถามข้อมูล
0-2201-1111
www.ramafoundation.or.th

คำว่าให้...ไม่สิ้นสุด





มูลนิธิรามาธิบดี

เชิญร่วมบริจาคสมทบทุน

โครงการสถาบันการแพทย์จักรีนฤบดินทร์

โรงพยาบาลรามาธิบดีแห่งใหม่ ที่พร้อมสานต่อการให้...ที่ไม่สิ้นสุด



ร่วมเป็นหนึ่งโอกาสที่ยิ่งใหญ่
ร่วมเป็นหนึ่งการให้...ที่ไม่สิ้นสุด

เป็นที่พึ่งพิงด้านการรักษาพยาบาลในอนาคต

สถาบันการแพทย์จักรีนฤบดินทร์ เป็นโรงพยาบาลรัฐขนาด 550 เตียง มีกำหนดเปิดให้บริการด้านการรักษาพยาบาลอย่างเป็นทางการแก่ประชาชนทั่วไปในเดือนธันวาคม 2560 โดยตั้งเป้าหมายในการผลิตแพทย์ 212 คน และ ผลิตพยาบาล 250 คนต่อปี เพื่อให้สอดคล้องกับปริมาณผู้ป่วยในแต่ละปี ซึ่งประมาณการจำนวนผู้ป่วยนอกไว้ที่ 1,000,000 ราย และผู้ป่วยใน 17,000 ราย

ปัจจุบันสถาบันการแพทย์จักรีนฤบดินทร์อยู่ระหว่างดำเนินการก่อสร้างโดยมีความคืบหน้าของโครงการอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงขาดงบประมาณเพื่อการตกแต่งภายในและจัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์อยู่เป็นจำนวนมาก **มูลนิธิรามาธิบดีฯ ขอเชิญชวนท่านร่วมบริจาคเงิน สมทบทุนก่อสร้างสถาบันการแพทย์จักรีนฤบดินทร์ เพื่อเติมเต็มโอกาสและความหวังในการรักษาที่ดียิ่งขึ้นให้กับคนไทย**

สถาบันการแพทย์แห่งนี้
สามารถรองรับผู้ป่วยนอก 1,000,000 ราย ต่อปี
ผู้ป่วยใน 17,000 ราย ต่อปี





ภาพถ่ายจากสถานที่จริง ปี 2559



มูลนิธิรามาธิบดี
ในพระราชูปถัมภ์
สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

คำว่าให้...ไม่สิ้นสุด

สิทธิประโยชน์ในการบริจาค

- บริจาค 100 บาทขึ้นไป ได้รับใบเสร็จรับเงิน สามารถนำไปลดหย่อนภาษีได้ตามประกาศกระทรวงการคลัง
- บริจาค 5,000 บาทขึ้นไป ได้รับเกียรติบัตร
- บริจาค 100,000 บาทขึ้นไป ได้รับการทำเรื่องขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์
- บริจาค 200,000 บาทขึ้นไป รับบัตรส่วนลดค่ารักษาพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี

ส่วนลดค่ารักษาพยาบาล

ประเภทผู้บริจาค	เงินบริจาค (บาท)	ผู้รับสิทธิประโยชน์	ส่วนลด %*		ระยะเวลา
			ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	
ผู้อุปการะสามัญ ประเภท 1	200,000	ผู้อุปการะ	10	10	ตลอดชีพ
ผู้อุปการะสามัญ ประเภท 2	500,000	ผู้อุปการะ	10	15	ตลอดชีพ
ผู้อุปการะสามัญ ประเภท 3	1,000,000	ผู้อุปการะ	15	20	ตลอดชีพ
ผู้อุปการะสามัญ ประเภท 4	3,000,000	ผู้อุปการะ	15	25	ตลอดชีพ
ผู้อุปการะวิสามัญ ประเภท 1	5,000,000	ผู้อุปการะ	20	30	ตลอดชีพ
ผู้อุปการะวิสามัญ ประเภท 2	10,000,000	ผู้อุปการะ	20	35	ตลอดชีพ
ผู้อุปการะกิตติมศักดิ์	20,000,000	ผู้อุปการะ และคู่สมรส	25	40	ตลอดชีพของผู้อุปการะ
ผู้อุปการะกิตติมศักดิ์พิเศษ	50,000,000	ผู้อุปการะ คู่สมรส และบุตร**	30	50	ตลอดชีพของผู้อุปการะ

หมายเหตุ : ส่วนลดค่าบริการรักษาพยาบาลให้เป็นไปตามเงื่อนไขที่มูลนิธิฯ กำหนดและสามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยมิต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า

* ***ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับส่วนลด*** หมายถึง ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าบริการโรงพยาบาลทุกประเภท ค่าบริการพยาบาล ค่ายา(ยกเว้นค่ายาเคมีบำบัดและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ) ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์การแพทย์ ค่าตรวจวิเคราะห์โรคทางห้องปฏิบัติการ ค่าตรวจรักษาทางรังสีวิทยา ค่าหัตถการ ค่าผ่าตัด ค่าคลอดบุตร ค่าบริการวิสัญญี ค่าบริการเวชศาสตร์ฟื้นฟู และค่าบริการตรวจรักษาอื่นๆ ที่ไม่อยู่ในข้อยกเว้น

ค่ารักษาพยาบาลที่ยกเว้น (ไม่ได้รับส่วนลด) ได้แก่ ค่าพยาบาลพิเศษ ค่ายาเคมีบำบัดและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ค่าเวชภัณฑ์ที่เบิกไม่ได้ตามประกาศกรมบัญชีกลาง ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์การแพทย์ที่เบิกไม่ได้ตามประกาศกรมบัญชีกลาง ค่าธรรมเนียมแพทย์ ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ ค่ารังสีรักษา ค่ารักษาพยาบาลที่ไม่มีบริการในคณะฯ ค่ารักษาพยาบาลที่เบิกไม่ได้ตามประกาศกรมบัญชีกลาง

** ***บุตร*** หมายถึง บุตรที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้อุปการะที่มีอายุไม่เกิน 20 ปี

เพียงการให้และบอกต่อของท่าน
ก็เป็นการมอบโอกาสแก่ผู้ป่วยได้มีชีวิตใหม่อีกครั้ง

เชิญร่วมบริจาคเพื่อ " โครงการสถาบันการแพทย์จักรีนฤบดินทร์ "
พร้อมส่งสำเนาใบนำฝาก สำหรับใช้ในการออกใบเสร็จ กลับมาที่
มูลนิธิรามาธิบดีฯ **โทร. 0 2201 1111 แฟกซ์ 0 2201 1481**
หรือ อีเมล info@ramafoundation.or.th

ชื่อ .... นามสกุล ....

เกิดวันที่ .... เดือน .... พ.ศ. ....

บ้านเลขที่ .... หมู่ .... ตรอก/ซอย ....

ถนน .... ตำบล/แขวง ....

อำเภอ/เขต .... จังหวัด ....

รหัสไปรษณีย์ .... โทรศัพท์ ....

มือถือ .... อีเมล ....

มีความประสงค์ร่วมบริจาคเงินสมทบทุน :

( ) บริจาคครั้งเดียว เป็นจำนวน .... บาท

( ) บริจาคทุกๆ เดือน เดือนละ .... บาท เป็นเวลา .... เดือน

กรุณาเลือกช่องทางการบริจาค :

☐ **โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร ชื่อบัญชี มูลนิธิรามาธิบดี**

( ) ธ.กรุงเทพ	สาขาศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ รพ.รามาธิบดี	เลขที่ **090-7-00123-4**
( ) ธ.กรุงไทย	สาขาเตาปูน	เลขที่ **020-0-06583-1**
( ) ธ.กรุงศรีอยุธยา	สาขาสี่แยกสะพานกรุงธน	เลขที่ **072-1-35991-0**
( ) ธ.กสิกรไทย	สาขาศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ รพ.รามาธิบดี	เลขที่ **879-2-00448-3**
( ) ธ.ทหารไทย	สาขาสนามเสือป่า	เลขที่ **046-2-42103-3**
( ) ธ.ไทยพาณิชย์	สาขารามาธิบดี	เลขที่ **026-4-26671-5**

และสามารถบริจาคผ่านช่องทางเครื่อง ATM และ CDM ของธนาคาร

☐ **ผ่านบัตรเครดิต ( ) วีซ่า ( ) มาสเตอร์การ์ด**

บัตรธนาคาร .... บัตรหมดอายุ ....

หมายเลขบัตร ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

(เลข 16 หลัก จากด้านหน้าบัตร)

ชื่อ-สกุล ผู้ถือบัตร ....

ลายมือชื่อ ผู้ถือบัตร ....

☐ **กรณีสั่งจ่ายเช็ค กรุณาสั่งจ่ายในนาม มูลนิธิรามาธิบดี**

☐ **กรณีบริจาคโดยธนาณัติ กรุณาระบุชื่อผู้รับเงินเป็น มูลนิธิรามาธิบดี ปณศ.สามเสนใน**

☐ **หักบัญชีเงินฝาก ( ) ธ.กรุงเทพ ( ) ธ.กรุงไทย ( ) ธ.กสิกรไทย ( ) ธ.ไทยพาณิชย์** *(โปรดกรอกหนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝากธนาคาร)*

หมายเลขบัญชี .... ชื่อบัญชี ....

เป็นจำนวนเงิน .... บาท ทุกวันที่ .... ของทุกเดือน

เริ่มต้นเดือน .... พ.ศ. .... สิ้นสุดเดือน .... พ.ศ. ....

หนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝากธนาคาร
โครงการสถาบันการแพทย์จักรีนฤบดินทร์

เขียนที่ ....

วันที่ .... เดือน .... พ.ศ. ....

เรียน ผู้จัดการ บมจ.ธนาคาร .... สาขา ....

ข้าพเจ้า ....

เจ้าของบัญชีเงินฝากประเภท .... ชื่อบัญชี ....

สาขาเจ้าของบัญชี .... เลขที่บัญชี 10 หลัก ....

สถานที่ติดต่อเลขที่ .... ตรอก/ซอย .... ถนน ....

ตำบล/แขวง .... อำเภอ/เขต ....

จังหวัด .... รหัสไปรษณีย์ .... โทร. ....

มีความประสงค์ให้ธนาคารหักเงินจากบัญชีเงินฝากดังกล่าวของข้าพเจ้าเพื่อบริจาคให้แก่ **มูลนิธิรามาธิบดีฯ** เป็นรายเดือนเดือนละ .... บาท (........) เป็นระยะเวลา .... เดือน หรือตามจำนวนที่ปรากฏในใบยื่นความจำนงขอบริจาค หรือสื่อบันทึกข้อมูล (DISKETTE / TAPE) หรือสื่อข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ ที่ทางธนาคารได้รับจาก มูลนิธิรามาธิบดีฯ และนำเงินดังกล่าวโอนเข้าบัญชีของมูลนิธิรามาธิบดีฯ

ในการหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า เพื่อบริจาคให้แก่มูลนิธิรามาธิบดีฯ ดังกล่าว หากปรากฏในภายหลังว่าจำนวนเงินที่มูลนิธิรามาธิบดีฯ แจ้งแก่ธนาคารนั้นไม่ถูกต้อง และธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีเงินฝากข้าพเจ้า ตามจำนวนที่ปรากฏตามใบยื่นความจำนงขอบริจาค หรือแผ่นบันทึกข้อมูล (DISKETTE / TAPE) หรือสื่อข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ เรียบร้อยแล้วข้าพเจ้าตกลงจะดำเนินการเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากมูลนิธิรามาธิบดีฯ โดยตรง โดยทั้งนี้ข้าพเจ้าขอสละสิทธิในการเรียกร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดใช้เงินที่ธนาคารได้หักโอนจากบัญชีของข้าพเจ้าเพื่อบริจาคแก่มูลนิธิรามาธิบดีฯ ตามจำนวนที่ปรากฏในใบยื่นความจำนงขอบริจาคหรือแผ่นบันทึกข้อมูล (DISKETTE / TAPE) หรือสื่อข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ ที่ธนาคารได้รับจากมูลนิธิรามาธิบดีฯ และข้าพเจ้ายอมรับว่าธนาคารจะหักเงินจากบัญชีของข้าพเจ้าได้ต่อเมื่อเงินในบัญชีมีเพียงพอในการหักบัญชีในขณะนั้นเท่านั้น และในการหักบัญชีเงินฝากดังกล่าว ข้าพเจ้าไม่ประสงค์จะให้ธนาคารแจ้งการหักบัญชีแต่อย่างใด เนื่องจากข้าพเจ้าสามารถทราบรายการดังกล่าวได้จากสมุดคู่ฝาก / STATEMENT ของธนาคาร หรือจากใบรับ / ใบเสร็จรับเงินของมูลนิธิรามาธิบดีฯ

ในกรณีที่เอกสารหลักฐาน เลขที่บัญชีเงินฝากที่กล่าวในวรรคข้างต้น ได้เปลี่ยนแปลงไปไม่ว่าโดยเหตุใดก็ตาม หนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝากธนาคารฉบับนี้คงมีผลใช้บังคับสำหรับบัญชีเงินฝากหมายเลขที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้นๆ ได้ด้วยทุกประการ

การให้หักบัญชีเงินฝากธนาคารดังกล่าวข้างต้น ให้มีผลบังคับทันทีนับแต่วันที่ทำหนังสือนี้ และให้คงมีผลบังคับต่อไปจนกว่าจะได้เพิกถอน โดยทำเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคารและมูลนิธิรามาธิบดีฯ ทราบล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ .... ผู้ให้ความยินยอม

(........)

(ตามที่ให้ไว้กับธนาคาร)

ธนาคารตรวจสอบแล้วถูกต้อง

รับรองลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอม บมจ.ธนาคาร .... สาขา ....

ลงชื่อ .... ลงชื่อ ....

(........) (........)

มูลนิธิรามาธิบดีฯ (ลายมือชื่อผู้รับมอบอำนาจสาขา)

(กรุณาส่งหนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝากนี้ พร้อมแบบฟอร์มร่วมบริจาค กลับมาที่ มูลนิธิรามาธิบดีฯ ตู้ ปณ.22 ปณศ.สามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400)

การบริจาคเงินผ่านบัตรเครดิตหรือหักบัญชีเงินฝากธนาคาร
ต้องมียอดเงินบริจาคขั้นต่ำ 100 บาท

ศูนย์การแพทย์แห่งใหม่ของ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

สถาบันการแพทย์จักรีนฤบดินทร์ ตั้งอยู่ที่ตำบลบางปลา อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ บนเนื้อที่ 319 ไร่ ก่อตั้งขึ้นเพื่อเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 7 รอบ เมื่อวันที่ 5 ธันวาคม 2554 ประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก คือ **โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์** สำหรับให้บริการด้านสุขภาพและสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานเพื่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทุกระดับและ**ศูนย์การเรียนรู้และวิจัยเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์พระบรมราชินีนาถ** เพื่อผลิตแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ที่มีความรู้ความสามารถ คุณธรรม และเป็นผู้ที่สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงให้สังคมไทยมีสุขภาวะที่ดีขึ้นได้



เพื่อ "คนไทยทุกคน" มีโอกาสเข้าถึง "การรักษา"

ด้วยสภาพปัญหาปัจจุบันของพื้นที่เขตจังหวัดสมุทรปราการ และจังหวัดอื่นๆ ในภาคตะวันออก ยังขาดแคลนโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ ระดับโรงเรียนแพทย์ ทำให้ประชาชนผู้ใช้แรงงานที่ประกอบอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรมซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้มีรายได้น้อย มีความจำเป็นที่จะต้องเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชน เกิดปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย รวมถึงไม่สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้ ซึ่งในอนาคต เมื่อสถาบันการแพทย์จักรีนฤบดินทร์เปิดให้บริการแก่ประชาชนอย่างเต็มรูปแบบ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ดีและมีประสิทธิภาพได้มากยิ่งขึ้นและเป็นที่พึ่งของประชาชนอย่างแท้จริง



พร้อมขับเคลื่อนนโยบาย ด้านสาธารณสุขของประเทศ

นอกจากพันธกิจหลักที่ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงการให้ความรู้และแนวทางป้องกันโรคแก่ผู้ป่วยทุกระดับชั้นแล้ว สถาบันการแพทย์จักรีนฤบดินทร์ ยังมุ่งเน้นไปสู่นโยบายสาธารณสุขที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชน เพื่อเป็นต้นแบบการพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับประเทศ

- **เป็นต้นแบบการรักษาที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง** เน้นการบูรณาการชุมชน คน และสถาบันฯให้อยู่ร่วมกันอย่างเกื้อกูล
- **เพิ่มศักยภาพในการผลิตแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์** สาขาต่างๆ ให้มีจำนวนเพียงพอต่อความต้องการในประเทศ
- **พัฒนาสถาบันการแพทย์ให้มีศักยภาพเพื่อการแข่งขันในระดับนานาชาติ** ทั้งด้านการศึกษา การวิจัยและการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

